

Sluttrapport

Klinisk utvalg- *Palliativ behandling*

07.05.2009



SLUTTRAPPORT.....	1
KLINISK UTVALG- <i>PALLIATIV BEHANDLING</i>	1
SAMMENDRAG.....	3
1 INNLEDNING	5
1.1 MANDAT.....	5
1.2 HOVEDOPPGAVER.....	5
1.3 MEDLEMMER AV KLINISK UTVALG PALLIASJON:.....	6
2 EKSISTERENDE TILBUD INNEN PALLIASJON I ØSTFOLD	7
2.1 FORUTSETNINGER FOR GJENSIDIG FORSTÅELSE FOR GODT SAMARBEID ER ETTER UTVALGETS VURDERING:.....	8
2.2 SAMARBEIDSPROSEDYRER.....	9
3 FRAMTIDIG HELHETLIG TILBUD	10
3.1 KLINISK TILBUD.....	10
3.2 SAMHANDLING.....	12
3.2.1 Nye samarbeidsprosedyrer.....	12
3.2.2 Elektronisk samhandling:.....	12
3.3 NETTVERK	12
3.3.1 Nettverk av ressursykepleiere.....	13
3.3.2 Nettverk av andre fagpersoner.....	13
3.4 AMBULANTE TJENESTER	13
4 KUNNSKAP OG KOMPETANSEUTVIKLING	15
4.1 KOMPETANSE	15
4.2 KURS/VIDEREUTDANNING	16
4.3 VEILEDNING	16
4.4 HOSPITERING	16
5 HELHETLIG PASIENTFORLØP	17

Sammendrag

Økning av antall eldre i befolkningen og økning av sykdommer som kreft, KOLS og hjertesvikt vil i nær framtid føre til økt behov for palliativ behandling, pleie og omsorg. Nye behandlingsmetoder bidrar til en lengre palliativ fase. Palliasjon foregår innenfor de fleste fagområder og på alle nivåer i helsevesenet.

Dette krever økt kunnskap og kompetanse innen palliasjon, gjensidig forståelse og bedre samarbeid innen og mellom helsenivåene. Målet er at pasienten og pårørende opplever et helhetlig og sømløst palliativt tilbud.

Kapittel 1. Innledning

Her beskrives fagområdet, pasientgruppen, samhandlingsutfordringer og utvalgets mandat og hovedoppgaver.

Kapittel 2. Eksisterende tilbud innen palliasjon.

Eksisterende tilbud innen palliasjon i Østfold er kartlagt. Hovedtrenden er at tilbudet er spredt og lite helhetlig.

Forutsetninger for godt samarbeid er beskrevet. Det viktigste er ledelsesforankring, felles holdning og samhandlingsarenaer.

Eksisterende samarbeidsprosedyrer er evaluert og kan i stor utstrekning anvendes innen palliasjon.

Kapittel 3. Framtidig helhetlig tilbud.

Her beskrives utvalgets anbefalinger for et framtidig helhetlig tilbud innen spesialist og kommunehelsetjenesten.

Senter for lindrende behandling (SLB) blir en egen enhet med senger og et palliativt team med tilbud innen avansert palliativ behandling.

SLB skal ha det overordnede ansvar for nettverket av ressurspsykeleiere og felles kompetanse oppbygging.

Det bør opprettes en palliativ enhet ved et sykehjem i hver legevaksregion. Dette bør være et lokalt kompetansesenter med utadrettet virksomhet og forpliktende samarbeid med SLB.

Ambulant virksomhet blir sentralt både ved SLB og palliative sykehjemsenheter.

Forutsetning for disse tiltakene er tilstrekkelige faglige ressurser. Legeressurs og egen fagutviklingspsykeleier i SLB er spesielt viktig.

Det foreslås ny samhandlingsprosedyre for utskriving av palliative pasienter og bruk av egen Individuell plan for palliative pasienter.

Elektronisk samhandling utvikles gjennom Norsk Helsenett.

Kapittel 4. Kunnskap og kompetanseutvikling.

Her beskrives krav til kompetanse innen palliasjon i spesialist- og kommunehelsetjenesten. Frivillig arbeid drøftes som en viktig ressurs.

Kurs, videreutdanning, veiledning og hospitering må i større grad samordnes og koordineres. SLB og koordinator i hver legevaksregion har ansvar for å utvikle dette arbeidet gjennom ulike tiltak.

Kapittel 5. Pasientforløp.

Her beskrives det palliative pasientforløpet fra kontakt med fastlege, behandling i spesialisthelsetjenesten og tilbakeføring til hjem/sykehjem. Her er det valgt å bruke Behandlingslinjen i palliasjon ved SØ. Denne gjøres tilgjengelig på Sykehuset Østfold sin hjemmeside.

1 Innledning

Palliativ behandling, pleie og omsorg praktiseres på alle områder og nivåer av helsevesenet. Pasienter som får palliativ behandling har begrenset levetid og ofte store og sammensatte behov. De mottar behandling og oppfølging fra ulike profesjoner på alle nivåer i helsevesenet. Dette stiller store krav til de ulike yrkesgruppers faglige kompetanse fordi pasientene ofte har mange symptomer og plager. Pasientgruppen er ressurskrevende bemannings- og driftsmessig. Noe som gir store økonomiske utfordringer.

Det kreves en optimal organisering og samhandling mellom de involverte hjelperne. Mangelfull kommunikasjon og informasjonsflyt kan hindre at viktig pasientinformasjon ikke kommer fram eller blir kartlagt. "Vanntette skott" mellom de ulike avdelinger, gjør at helsepersonellens innsats blir fragmentert og oppstykket. Dette resulterer i at pasientene opplever tjenesten som lite helhetlig og samordnet.

En sammenhengende behandling og oppfølging krever gode rutiner for overføring av pasienter mellom avdelinger og behandlingsnivåer. Tverrfagligheten og forflytningen av pasienten krever en tydelig rolle og ansvarsfordeling, gode kommunikasjonslinjer og kompetanseoverføring mellom de ulike profesjonene og nivåene.

Til grunn for vurderingene har vi lagt "Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen" Sosial - og helsedirektoratet 2007. (1)

De fleste anbefalinger som fremkommer i handlingsprogrammet, kan anvendes på palliasjon generelt uansett diagnose. Innenfor denne rammen foreslår vi konkrete tiltak for å operasjonalisere viktige målsettinger.

1.1 Mandat

Det kliniske samarbeidsutvalget skal vurdere samhandlingen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten i Østfold når det gjelder tjenestetilbudet/tiltakskjeden for personer som er i behov av palliativ behandling, lindrende pleie og omsorg. Stikkord for samhandlingen er:

- Ambulant virksomhet
- Nettverksarbeid
- Kompetanseutveksling/overføring

1.2 Hovedoppgaver

- Skape gjensidig forståelse som grunnlag for godt samarbeid omkring den enkelte pasient/pasientgruppe, utvikle og evaluere samarbeidsprosedyrer og være pådriver for kunnskaps- og kompetanseutvikling innenfor området.
- Beskrive kort de tilbud/tiltak som finnes innenfor spesialist- og kommunehelsetjenestens palliative tjenester i dag - inkludert tiltak som kan betegnes som "nivåovergrepene".
- Foreslå løsninger for framtidig helhetlig tilbud til pasienter som er i behov av tjenester fra SØ og kommunene i Østfold – diagnostisering, behandling og omsorg-tilnæringsmodell bør være å utarbeide et pasientforløp for målgruppen.

Avgrensning/presisering

Samhandlingen bør inkludere alle pasienter med behov for palliativ pleie og omsorg og ikke ha diagnosefokus.

På bakgrunn av mandat og oppgaver har utvalget samlet seg om følgende presisering av den palliative pasienten:

”Uhelbredelig syke mennesker med kort forventet levetid, som har plagsomme symptomer som krever tverrfaglig tilnærming. Dette inkluderer uhelbredelig syke med andre diagnoser enn kreft som hjertesvikt, nyresvikt, KOLS og ALS.

Det er enighet i utvalget at nasjonale føringer og WHO's definisjon av palliasjon legges til grunn for en felles forståelse.

Definisjon av palliasjon:

Palliasjon er aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid. Lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelig/eksistensielle problemer. Målet med all behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasienten og de pårørende. Palliativ behandling og omsorg verken framskynder døden eller forlenger selve dødsprosessen, men ser på døden som en del av livet.

(European Association for Palliative Care, EAPC, og Verdens helseorganisasjon, WHO) (2)

1.3 Medlemmer av Klinisk utvalg palliasjon:

Fra kommunene	Tittel/funksjon/navn
Mossereg.	Ragnhild Skarpaas Andersen, palliativ sykepleier, Rygge kommune
Fredrikstadreg.	Jens Espeland, kommuneoverlege/fastlege Fredrikstad kommune
Indre Østfoldreg.	Hege Ness, geriatrisk sykepleier/avd.leder Askim kommune
Sarpsborgreg.	Line Hanstad, palliativ sykepleier, palliativ avd, Kruseløkka, Sarpsborg kommune
Haldenreg.	Inger Lund Olsen, geriatrisk sykepleier, enhetsleder, Halden sykehjem/kommune
Fra SØ	Tittel/funksjon/navn
	Maria Bendheim, palliativ sykepleier, K1, SØM
	Aud Oddny Løkken, kreftsykepleier/koordinator SLB
	Michael Steffen, overlege SLB. Fra 01.12.08. Lege Nina Mikkelsen Bakken.
	Margareth W. Olseng, spesialsykepleier, Hjertesviktpoliklinikken
	Stein Øyvind Jørstad, overlege lungemedisinsk seksjon
Brukerrepresentanter	
	Ketil Wiborg, Prostataforeningen DNK
	Kari Thormodsæter, Brystkreftforeningen, DNK

Leder: Jens Espeland

Sekretær Aud Oddny Løkken

2 Eksisterende tilbud innen palliasjon i Østfold

Sykehuset Østfold HF:

Alle avdelinger i SØ som har pasienter med behov for palliasjon gir symptomlindring og terminalpleie. De palliative pasientene innlegges på ”moderpost” avhengig av diagnose de har.

Kreftseksjonen SØF og Kreftpoliklinikkene ved SØF, SØM og SØHA

Palliasjon er en stor del av virksomheten. Kreftseksjonen ved A8, er ansvarlig for drift av Krefttelefonen, hvor helsepersonell, pasienter og pårørende kan søke råd hele døgnet.

Kirurgisk avdeling K1 SØM:

Posten har 4 kirurgiske senger for lindrende behandling.

Senter for behandling (SLB)

Pasienter med komplekse og sammensatte problemer henvises til Senter for lindrende behandling. Senteret ble etablert i 2005 og består av to virksomheter: 4 senger i samdrift med Kreftseksjonen A8 og et palliativt team med ambulant virksomhet til SØs avdelinger og kommunehelsetjenesten i Østfold.

De ansatte er: lege, kreftsykepleiere og fysioterapeut. Disse inngår i et tverrfaglig behandlingsteam sammen med sosionom, prest, anestesilege og smertesykepleier. Teamet er et viktig bindeledd mellom SØ og kommunehelsetjenesten.

SLB - lege deltar på tverrfaglig møte på K1 SØM ukentlig og ved de palliative enhetene ved sykehjemmet i Sarpsborg og Askim hver 14.dag.

I komplekse tilfeller henvises pasienten videre til Regionalt senter for palliasjon Ullevål Universitetssykehus.

SLB driver kursvirksomhet innen ulike tema innen palliasjon. Senteret veileder i ulike prosedyrer for spesialist og kommunehelsetjenesten. Hospitering og praksisplasser for studenter i videreutdanning i kreftsykepleie og palliasjon er en av tilbudet.

Åpen retur praktiseres ved noen få avdelinger i SØ. Det eksisterer ingen felles rutiner.

Palliative pasienter har tilbud om å komme til akuttmottaket for vurdering og evt innleggelse.

Sykehjem:

Sykehjemmene tilbyr omsorg, pleie og lindrende behandling til kronisk syke kreftpasienter, pasienter med annen alvorlig lidelse og til pasienter i livets slutfase.

Palliative enheter sykehjem:

Askim: Løkentunet, palliativ enhet har 7 palliative senger. Andre kommuner kan kjøpe plasser.

Moss: Lindrende enhet, Peer Gynt sykehjem har 5 palliative senger. Enheten har et ambulant team hvor det setter sammen av ressurspersoner etter behov.

Disse to enhetene har tverrfaglige møter annenhver uke. De driver utstrakt konsultasjonsvirksomhet, veiledning og tilbyr hospiteringsopphold for ansatte fra spesialist og kommunehelsetjenesten.

Sarpsborg: Kruseløkka sykehjem har en palliativ enhet med 4 senger.

”Øremerkede” senger i sykehjem:

Halden Sykehjem har i dag 8 øremerkede senger, men vil i løpet av våren 2009 ha etablert en palliativ enhet på 6-8 senger.

Skiptvet, Spydeberg og Trøgstad har 1 palliativ seng ved sykehjemmet i hver kommune. Resterende kommuner benytter ordinære sykehjemssenger.

Hjemmebasert tjeneste:

Fastlege og hjemmesykepleien er ansvarlig for palliativ behandling, pleie og omsorg i hjemmet. I alle kommuner arbeider hjemmesykepleien med å legge til rette for hjemmedød, der det er ønsket fra pasient og pårørende.

Med noen få unntak, foretar de fleste fastleger hjemmebesøk og er tilgjengelige på telefon.

Nettverk.

Det er etablert et nettverk av ressurspsykepleiere med definert ansvarsområde og funksjon innenfor palliasjon i Østfold. Regionalt senter ved Ullevål har ansvar for å følge opp det organiserte kompetansenettverket i palliasjon i regionen.

De fleste avdelinger/poliklinikker i SØ som behandler palliative pasienter har utnevnt en ressurspsykepleier. Tilsvarende gjelder for kommunene. Nettverkene drives lokalt. Det finnes ingen samordning mellom nettverkene og ingen enhet som har overordnet ansvar.

Ved SØM og SØHA har nettverket møter sammen med kommunehelsetjenestens nettverk. I Halden samarbeider ressurspsykepleierne og Rådgivningsgruppa for alvorlig syke og døende. Indre Østfold, Fredrikstad og Sarpsborg har egne nettverk i sine kommuner.

SØF har forsøkt å starte opp et nettverk, men det har vært dårlig oppmøte og nettverket har fungert dårlig. De er ingen samhandling mellom SØF og nettverkene i Sarpsborg og Fredrikstad legevaksregion.

Kompetanse:

Regionalt palliativt senter ved Ullevål er nå i gang med å bygge opp og spre kompetanse i palliasjon i regionen.

Det er flere leger med kompetanse og erfaring innen palliasjon i Østfold, men ingen lege har gjennomført Felles to - årlig Nordisk grunnutdanning i palliativ medisin.

Kreftsykepleiere og palliative sykepleiere finnes i spesialist - og kommunehelsetjenesten. Det er stor variasjon i dekkningen, hvor de fleste arbeider i SLB og i de palliative enhetene i sykehjemmene i kommunene.

Fysioterapeuter, ergoterapeuter, sosionomer og prester er faggrupper med kompetanse og erfaring i palliasjon.

2.1 Forutsetninger for gjensidig forståelse for godt samarbeid er etter utvalgets vurdering:

- Arbeidet har en sterk forankring i ledelsen på alle nivåer.
- Lik oppfatning/felles holdning til samarbeid. Dette innebærer et felles ansvar, lojalitet, respekt og vilje til utvikling av tjenesten.
- Møteplasser/samhandlingsarenaer som er felles og nivåovergripende.
- Gjensidig bruk av felles rutiner.
- Nettverksmøter for å sikre god kvalitet ved utskriving.
- Individuell plan med tydelig ansvarsavklaring.
- Epikrise følger med ved utskriving for å sikre kvalitet og god oppfølging.
- Dersom det vurderes *medisinsk og pleiemessig* nødvendig skal en ressursperson fra spesialisthelsetjenesten følge med pasienten hjem eller til sykehjem ved utskrivelse. Dette vil sikre kvalitet og god overføring av pasienten til kommunehelsetjenesten.
- Hospiteringsordninger.

- Felles Behandlingslinje i palliasjon for kommune- og spesialisthelsetjenesten.

2.2 Samarbeidsprosedyrer

Følgende prosedyrer/rutiner (vedtatt i Administrativt Samarbeidsutvalg) er blitt vurdert av Klinisk utvalg palliasjon:

Utskriving av somatiske pasienter:

Meldeskjema 1,2,3 er kjent for de fleste og følges relativt godt. Meldeskjema 4 er en sjekklister som er lite brukt i praksis.

Den palliative pasienten krever en koordinert tjeneste i større grad, hvor det tas høyde for de forandringer som kan forventes.

Individuell plan:

Eksisterende prosedyrer kan brukes for palliative pasienter. Erfaring tilsier at prosedyren brukes lite til daglig. Tid, ressurser og opplæring må prioriteres for at prosedyren skal fungere i praksis.

Hospiteringsordning:

Samarbeidsavtalen om gjensidig hospitering mellom SØ og kommunehelsetjenesten er godt egnet. Det bør stimuleres til fortsatt bruk av denne. Dette er nødvendig for bedre samhandling og utvikling av fagkompetanse. Erfaring viser at det er vanskelig for sykehusansatte å få permisjon for å hospitere i kommunehelsetjenesten. Utvalget anbefaler at hospiteringsordningen evalueres i Administrativt samarbeidsutvalg.

Følgepersonell ved innleggelse SØ:

Gjeldene rutine er egnet.

Håndtering av avvik:

Gjeldene rutine er egnet.

Hjelpemiddelhandtering når pasienter er innlagt i SØ:

Kommunehelsetjenesten bestiller hjelpemidler. Eksisterende rutiner er egnet, men et problem har vært at seng ikke kan skaffe raskt nok til pasienter med kort forventet levetid.

Utvalget har vært i kontakt med Hjelpemiddelsentralen, som har kort behandlingstid og vil alltid ha senger på lager, som kommunene kan komme og hente på kort varsel for palliative pasienter med kort forventet levetid. Kommunene i Østfold vil få flere beredskapssenger til egen disposisjon.

Innleggelse av somatisk bruker fra kommunehelsetjenesten:

Gjeldene rutine er egnet. Den bør gjøres mer kjent i kommunene.

Henvisning og innleggelser:

Utfylt ESAS-skjema og evt. Individuell plan følge med hos palliative pasienter.

ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) er et internasjonalt kartleggings-skjema med skala fra 0 til 10, hvor 0 er ingen plager og 10 er verst tenkelig. Ved hjelp av skjemaet kartlegges blant annet smerte, tungpusthet, kvalme, utmattelse og andre symptomer hos pasienten der og da.

3 Framtidig helhetlig tilbud

3.1 Klinisk tilbud

Utvalget anbefaler:

Alle sykehusavdelinger:

- Alle avdelinger medpasienter med behov for palliasjon, skal gi god smerte- og symptomlindring og god terminal pleie og omsorg.

Kreftseksjonen post A8/ kreftpoliklinikkene SØ

- Skal i tillegg gi medikamentell smerte, symptomlindring og medikamentell tumorrettet behandling.

Senter for lindrende behandling.

- SLB skal bestå av sengeenhet og et palliativt team og skal være en kompetanse- og koordinerende enhet for palliasjon i Østfold.
- SLB skal ha en sentral rolle i samhandlingen internt i sykehuset og med kommunene gjennom kompetanseoppbygging og fagnettverket.
- SLB blir en egen organisatorisk enhet med egne senger og ha høy pleiefaktor på enheten på dagtid. For å kunne yte service til en befolkning på ca 260 000 i Østfold er det behov for en økning til 6 senger.
- Sengene skal drives som ”akuttsenger” med vekt på problemløsning med aktiv diagnostikk og behandling.
- Det kliniske tilbudet ved sengeenhet og ambulant virksomhet innebærer:
Kartlegging av symptomer og problemer.
Avanserte prosedyrer for smerte- og symptomlindring.
Vurderinger og eventuelle viderehenvisninger.
Systematisk arbeid for familie og pårørende.
Systematisk sorgarbeid.
Systematisk bruk av individuell plan.
God tilgjengelighet for samarbeidspartnere. Ved hastesaker tilsyn samme eller neste virkedag.

Smerteseksjonen SØ :

- Skal ta seg av alle typer vanskelige smertetilstander i samarbeid med SLB og inngår i tverrfaglig team.
- Som følge av økt bruk av avansert smertebehandling er det behov for økning av anestesiresurs dedikert SLB.

Palliativ enhet i sykehjem

- Enhetene skal kunne gi mer avansert palliativ behandling og pleie enn det som kan tilbys i en vanlig sykehjemsavdeling.
- Enhetene skal ha eget pleiepersonell (sykepleiere og hjelpepleiere), med økt bemanning i forhold til vanlige sykehjemsavdelinger og god bemanning av sykepleiere. Det bør tilstrebtes pleiefaktor 1:2 på dagtid.
- Enheten skal ha økt legebemanning i forhold til vanlige sykehjemsavdelinger. Behovet for legetjenester vil i noen grad avhenge av enhetens inntakskriterier, men legen skal ha minst 2-3 timer tjeneste på enheten per pasient per uke. Det er en fordel om legen i arbeidstiden kan være tilgjengelig på telefon utover dette.

- Ved planlagt fravær skal det være vikar.
- Korttidsplass for justering av symptomlindrende behandling, optimalisering av funksjon og planlegging av videre oppfølging.
- Korttidsopphold for å avlaste pårørende.
- Kort- eller langtidsopphold for symptomlindrende behandling, pleie og omsorg inntil døden.

Sykehjem uten palliativ enhet

- Skal legge til rette for og gi god symptomlindring og god terminal pleie og omsorg for alle pasientene i sykehjemmet.
- Det startes et interkommunalt samarbeid innen legevaksregionene, hvor den enkelte kommune kan inngå en samarbeidsavtale om kjøp av plass ved palliativ enhet i regionen.

Hjemmebasert omsorg:

- Skaffe pasient og pårørende de lege-, pleie- og omsorgstjenester som det er behov for og koordinere tjenestene rundt pasienten.
- Ansvar vil i all hovedsak ligge hos hjemmesykepleien og fastlegen.
- Hjemmesykepleien og fastlegen skal samarbeide med palliativt team SLB når det er nødvendig for å gi god behandling og pleie.
- Pasienter med behov for sammensatte tjenester har rett til en koordinator i kommunen (jf. individuell plan). Denne funksjonen bør vanligvis tillegges ressurspsykeleier eller en annen sykeleier i hjemmesykepleien.
- Fastlegen bør foreta hjemmebesøk etter avtale med pasient/pårørende og hjemmesykepleien. Det må utarbeides en rutine for legehjelp utenom arbeidstid.
- Ved planlagt fravær må fastlegen gjøre avtale med annen kollega og orientere om pasienten/familien og de mulige problemer som kan oppstå.
- Fastlegen har det koordinerende ansvaret for den medisinske behandlingen av pasienten.

Frivillig arbeid innen palliasjon:

De frivillige er mennesker som på idealistisk grunnlag ønsker å bruke noe av sin fritid til å hjelpe andre. De er et supplement til det offentlige og kan bidra med enkel og praktisk omsorg av samme art som pårørende gjør. Dette innebærer et utvidet tilbud til pasientene. De får en utvidet sosial kontakt som kan bidra til trygghet og nødvendig støtte. Frivillige kan benyttes både i hjemmebasert omsorg, sykehjem og sykehus.

Utvalget anbefaler:

- Det opprettes frivillighetsgrupper i tilknytning til palliativ virksomhet. Disse kan rekrutteres fra ulike organisasjoner i kommunene.
- Det utarbeides individuelle samarbeidsavtaler, tidsavgrenset med underskrevet taushetsløfte.
- De frivillige får god oppfølging i form av veiledning og kompetanseheving. Det bør arrangeres kurs og temakvelder i egen kommune/sykehus. Det er utarbeidet nasjonale kurspakker som kan tas i bruk.
- Den enkelte kommune/sykehus må ha det overordnede ansvar. Faglig hjelp må være lett tilgjengelig for pasient, pårørende og den frivillige pga mange og sammensatte problemer i livets slutfase.

3.2 Samhandling

3.2.1 Nye samarbeidsprosedyrer

Etter utvalgets gjennomgang vil følgende prosedyrer sikre kvaliteten i samhandlingen mellom nivåene:

- Felles mal for Individuell Plan for palliative pasienter utarbeidet av SLB. Vedlegg 1.
- Egen prosedyre/rutine for utskriving av palliative pasienter fra SØ utarbeidet av SLB. Vedlegg 2.
- I rutine for hjelpemiddelhåndtering påføres et tillegg i merknadsfeltet: Ved utskrivelse av palliative pasienter med kort forventet levetid, må sykehusseng og andre nødvendige hjelpemidler *kunne skaffes på kort varsel*. Dette tas også med i prosedyre for utskriving av palliativ pasient.
- Tillegg for prosedyre for henvisninger/innleggelse: ESAS og eventuell Individuell plan skal følge med.

3.2.2 Elektronisk samhandling:

God elektronisk samhandling er en nødvendig forutsetning for god samhandling og effektiv logistikk mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten.

Utvalget anbefaler:

- Kommuner/sykehjem og sykehus bør være tilkoblet Norsk Helsenett som er den nasjonale aktøren for elektronisk samhandling i helsetjenesten.
- PPS (Praktiske sykepleieprosedyrer), som er en database som oppdateres regelmessig, blir gjort tilgjengelig for SØ og kommunehelsetjenesten.
- Felles hjemmeside med palliative tilbud i Østfold med felles fagdatabase.

3.3 Nettverk

Nettverk innen og mellom helsenivåene er sentralt for å ivareta kontinuiteten i pleie- og omsorgstilbudet til palliative pasienter og for å spre kompetanse om palliasjon i hele foretaksområdet.

Utvalget anbefaler:

- SLB blir en egen organisatorisk enhet i Sykehuset Østfold og Kompetansesenter i palliasjon i Østfold. Dette er en nødvendig forutsetning for samhandling, koordinering og fagutvikling og for at alle pasientgrupper skal ivaretas uten diagnosefokus. SLB skal ha samarbeid med Kompetansesenteret i palliasjon ved Ullevål.
- Det bør være minst en palliativ enhet i hver legevaksregion. Denne skal være et ressurs- og kompetansesenter. Disse bør ha et gjensidig forpliktende og systematisk samarbeid seg imellom og med SLB.
- Det utvikles et interkommunalt samarbeid om bruken av disse enhetene bruk/kjøp av plasser.

3.3.1 Nettverk av ressurspsykepleiere

Utvalget anbefaler:

- SLB i samarbeid med kompetansesenteret ved Ullevål har ansvaret for kompetansenettverket av ressurspsykepleiere i Østfold.
- Det bør være en ressurspsykepleier i hver kommune/soner, i hvert sykehjem og på Hver sykehusavdeling som behandler palliative pasienter.
- Nettverket forankres i forpliktende samarbeidsavtaler mellom kommunene og Sykehuset Østfold, som beskriver hvilket ansvar og oppgaver en ressurspsykepleier har.
- Nettverket av ressurspsykepleiere koordineres av SLB.
- Egen fagutviklingspsykepleier i SLB har hovedansvar for å drifte og koordinere nettverket av ressurspersoner, kurs og fagutvikling.
- Det utnevnes en koordinator i hver legevaksregion, som har ansvar for koordinering av ressurspsykepleiere i sin legevaksregion i nært samarbeid med fagutviklingspsykepleier i SLB.

3.3.2 Nettverk av andre fagpersoner

Utvalget anbefaler:

- Det bør finnes nettverk mellom SØ og kommunene for forskjellige yrkesgrupper f.eks for lege, sosionom, ergoterapeut, fysioterapeut, ernæringsfysiolog og prestetjenesten. Dette vil bidra til helhetlig omsorg for pasient og pårørende i hele sykdomsforløpet.
- Organiseringen av nettverkene bør følge malen fra sykepleiernettverket (se over).

3.4 Ambulante tjenester

Ambulerende virksomhet er en forutsetning for god palliativ behandling og gjensidig kompetanse og erfaringsutveksling. Fastleger og hjemmesykepleien er i sin grunnstruktur ambulante tjenester og forutsettes å ha felles ansvar for behandlingen i pasientens hjem.

Utvalget anbefaler:

- Det opprettes ambulant tjeneste med utgangspunkt i de palliative enhetene i hver legevaksregion. De palliative enhetene bør være et kompetansesenter av ressurspersoner som kan ta imot henvendelser, veilede i bruk av utstyr, smertepumper og lignende og foreta ambulante besøk.
- Ambulant team SLB er et viktig bindeledd mellom helsenivåene. Teamet har konsulentfunksjon og kun behandlingsansvar i særskilte tilfeller etter avtale med fastlege eller tilsynslege f.eks. under arbeid med kompliserte psykososiale problemer eller oppstart/oppfølging av spesiell avansert behandling.
- Der ambulante teamet vurderer problemstillingen og kan planlegge oppholdet før innleggelse i SØ.
- Ambulant team SLB besøker palliative enheter ved sykehjemmene hver 14. dag. Det bør inngås særskilte avtaler med hver enkelt palliativ enhet på overordnet nivå. Samarbeidet bør omfatte inntak av pasienter, felles visittgang for legene og felles faglig oppdatering.

En slik felles samhandling er viktig for at samarbeidet mellom helsenivåene skal fungere til daglig, for rask og god pasientlogistikk mellom SØ og kommunene og for at SØ skal kunne ivareta sitt veiledningsansvar overfor kommunene.

- Det bør tilstrebes rotasjonsordninger for legene, med mulighet for tjeneste på palliativ enhet ved sykehjemmene og ved SLB.
- Dersom dette skal være mulig, må Senter for lindrende behandling ha tilsatt overlege med videreutdanning i palliasjon i fast 100 % stilling, som har det overordnede faglige ansvaret. I tillegg er det behov for 100 % legestilling for å dekke SØM og ambulant virksomhet.
- Det bør avsees sykepleierressurser i SLB som kan betjene de palliative enhetene og delta på samhandlingsarenaene.

4 Kunnskap og kompetanseutvikling

4.1 Kompetanse

Utvalget anbefaler følgende krav til kompetanse

Moderavdelinger/poliklinikker i SØ:

- Minimum en fast ansatt lege bør ha god kompetanse i palliasjon nivå B , se vedlegg 3.
- Alle poster som behandler palliative pasienter, bør ha ansatt kreft/palliativ sykepleier. Poster som behandler palliative pasienter som kreft, hjertesvikt og KOLS bør ha en større andel kreft/palliative sykepleiere.
- Avdelingen skal ha tilgang til fysioterapeut, prest og sosionom.

Senter for lindrende behandling:

- Minimum en overlege, som skal ha spesialistkompetanse fra relevant klinisk spesialitet. Legen bør ha kompetanse i palliativ medisin på nivå C, se vedlegg 3.
- Flere legespesialister bør være fast engasjert på senteret for å skape et fagmiljø.
- Sykepleiere i det palliative teamet bør ha erfaring fra palliasjon og relevant videreutdanning.
- Sengene i SLB bør ha styrket bemanning med erfarne sykepleiere med relevant videreutdanning.

Palliative enheter ved sykehjem

- Egen, fast lege må være tilknyttet enheten. Legen bør være spesialist i allmennmedisin eller annen relevant klinisk spesialitet som indremedisin, anesthesiologi eller onkologi, og skal ha kompetanse i palliasjon tilsvarende nivå B.
- Sykepleiere bør fortrinnsvis ha relevant videreutdanning.
- Hjelpepleierne bør ha relevant videreutdanning (se vedlegg).
- Fysioterapeut, prest og sosionom skal alltid være tilknyttet, eventuelt i deltidsstilling eller på konsulentbasis.

Sykehjem uten palliativ enhet:

- Minst en sykepleier bør ha videreutdanning i kreftsykepleie eller palliativ omsorg. Sykehjemmet skal ha tilgang til andre relevante faggrupper.

Hjemmebasert omsorg:

- Grunnleggende palliasjon skal beherskes. Ressurssykepleier bør ha kompetanse i palliasjon tilsvarende nivå B (se vedlegg)
- Alle kommuner bør ha ansatt kreftsykepleier eller sykepleier med videreutdanning i palliativ omsorg.

4.2 Kurs/videreutdanning

Utvalget anbefaler:

- Det bør opprettes en gruppe med ressurspersoner innen palliasjon fra spesialist- og kommunehelsetjenesten som planlegger videre kompetanseoppbygging. Gruppen bør være tverrfaglig med erfaring fra ulike fagfelt som kreft, hjertesvikt og lungesykdommer. Senter for lindrende behandling bør ha ansvar for å drifte gruppen.
- Fagutviklingssykepleier i SLB, i samarbeid med koordinatorene i legevaksregionene har ansvar for å utvikle et helhetlig kompetanseutviklingsprogram. Dette bør være koblet til Glemmen sykehjem, (Østfolds satellitt - undervisningssykehjem), Høgskolen i Østfold og Kompetansevernet SØ. Kursene bør drives til selvkost og lokale krefter bør benyttes.
- Grunnkurs i palliasjon holdes annet hvert år for nye ressurspersoner.
- Spesialist - dager holdes annethvert år. Fokus på spesielle symptomer/sykdommer. Workshops med tema innen palliasjon - bruk av teknisk utstyr.
- Nettverksmøter for ressurspersoner holdes hvert halvår.
- Østfold legeförening holder kurs innen palliasjon for leger.
- SLB - lege bør tilbys Felles nordisk utdanning i palliasjon.
- SLB deltar i forskningsprosjekter i samarbeid med Kompetansesenteret på Ullevål (KSLB) og Kvalitet og Forskningsavdelingen SØ for utvikling av kvalitetsindikatorer for hva som er god palliasjon.
- Felles metodebok/prosedyrer innen palliasjon bør utarbeides for hele Østfold. En gruppe som består av lederne av ressursykepleierne i hver legevaksregion sammen SLB - lege, fagutviklingssykepleier SLB og representant fra KSLB Ullevål bør utarbeide denne..

4.3 Veiledning

Utvalget anbefaler:

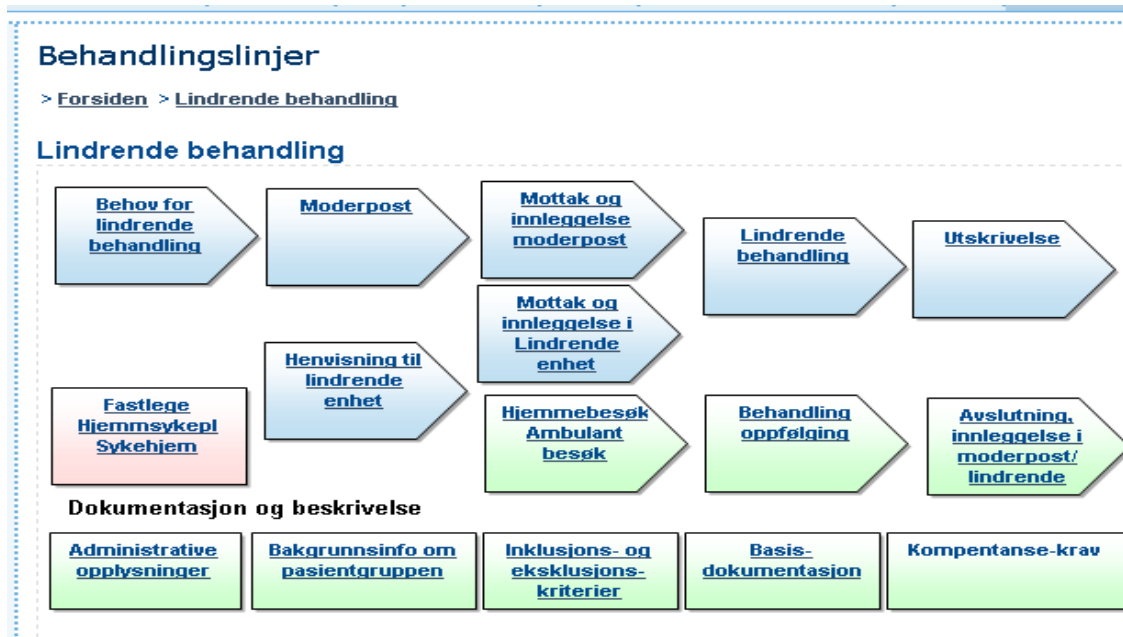
- Personale som har omsorg for palliative pasienter bør ha tilbud om veiledning.
- Veiledningsgrupper med deltagere fra begge nivåer bør etableres for å utveksle kunnskap og erfaring.

4.4 Hospitering

Utvalget anbefaler:

- Det bør stimuleres til fortsatt bruk hospiteringsordningen som er vedtatt i ADMS. Hospitering er nødvendig for å bedre samhandling og utvikle fagkompetanse. SLB har hatt mange hospitanter fra kommunehelsetjenesten med gjensidig god erfaring. Faglig er lengden på hospiteringsperioden bra, men kan være vanskelig å gjennomføre administrativt og økonomisk. Enkelte dager over en lengre periode kan være mer hensiktsmessig.
- Det bør utarbeides et hospiteringsprogram for de største diagnosegruppene for å sikre kvalitet på tilbudet. Ansvar for å utarbeide dette tillegges fagutviklingssykepleier SLB i samarbeid med nødvendige aktører i spesialist- og kommunehelsetjene

5 Helhetlig pasientforløp



Behandlingslinjen (Pasientforløpet) gjelder for spesialist- og kommunehelsetjenesten i Østfold.

Den viser et framtidig helhetlig tilbud til pasienter som er i behov av tjenester fra SØ og kommunene i Østfold når det gjelder diagnostisering - behandling og omsorg. Selv om den er utarbeidet for palliative kreftpasienter over 18 år, kan den etter det Kliniske utvalgets mening utvides til å gjelde flere palliative diagnosegrupper.

Behandlingslinjen er klikkbar. Under boksene ligger blant annet linker til Samhandlingsprosedyrer godkjent av ADMS, palliative prosedyrer i Elektronisk Kvalitetshåndbok SØ (EK), Felleskatalogen, Norsk legemiddelhandbok, Norsk elektronisk legehåndbok og Nasjonalt Handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen.

Det er laget en egen boks for fastlege, hjemmesykepleie, sykehjem for raskt å finne henvisningsrutiner og behandling ved de ulike symptomene.

Flesteparten av de palliative pasientene behandles på "moderpost" i SØ, men det er også lagt vekt på den palliative behandlingen i samarbeid med Senter for lindrende behandling (SLB).

I dag har alt autorisert helsepersonell tilgang til Norsk elektronisk legehåndbok (NEL) Online via Helsebiblioteket. Det er tilgangsbegrensning for helsepersonell uten autorisasjon.

Det som kan gjøres for å forbedre tilgangen til NEL for brukere av Behandlingslinjen, er registrering av IP-adresser. Man kontakter Helsebiblioteket for å registrere enhetenes IP-adresser (sykehuset, kommune etc.) Tilgangen vil skje automatisk fra stasjoner som tilhører IP-adressene.

Norsk Helseinformatikk får tilsendt IP-adresser fra Helsebiblioteket jevnlig, slik at IP-adressene også vil bli registrert hos dem. På denne måten får man tilgang til NEL dirkete på www.legehandboka.no og via www.helsebiblioteket.no.

Referanser:

1. Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen, Sosial og helsedirektoratet; 2007.
http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonale_faglige_retningslinjer/nasjonalt_handlingsprogram_med_retningslinjer_for_palliasjon_i_kreftomsorgen_89344
2. Cancer pain relief and palliative care. Report of a WHO Expert Committee. Geneva: World health Organization, 1990 (WHO Technical report Series, No.804)

Vedlegg 1:

Mal for Individuell plan palliative pasienter utarbeidet av Senter for lindrende behandling/A8

Vedlegg 2:

Prosedyre for utskriving av palliativ pasient utarbeidet av Senter for lindrende behandling/A8

Vedlegg 3:

Kompetansenivåer etter inndeling i Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen 2007.

- Nivå A: Grunnleggende kompetanse. Denne kompetanse skal helsearbeidere innenfor de aktuelle yrkesgruppene inneha og den må formidles i grunnutdannelsen.
- Nivå B: Nødvendig kompetanse for helsearbeidere som behandler palliative pasienter som en del av sitt kliniske arbeid, både i kommunehelsetjenesten og på sykehus.
- Nivå C: Nødvendig kompetanse for helsearbeidere som leder eller arbeider i palliative team og på palliative enheter. Dette nivået tilsvarer spesialistnivået.

Felles SØ[]
[]Gjelder fra: Utgave: Dokumentnr:
[] 0.00 F/6-98Utarbeidet av:
Løkken Aud Oddny, Bakkevold Grethe OGodkjent av:
[]

Uoffisiell utskrift er kun gyldig på utskriftsdato 25.05.2009**Formål**

- Sikre at pasienter med inkurabel sykdom som skrives ut av SØ til hjemmet eller institusjon, får kontinuerlig og forsvarlig hjelp til symptomlindring og terminal pleie.
- Sikre at alle ansatte i SØ og kommunehelsetjenesten er kjent med rutiner for utskrivning av palliative pasienter fra SØ til kommunehelsetjenesten.
- Sikre at sykehusleger og fastleger er enige om ansvarsfordeling for den enkelte pasient.
- Sikre at kompetanseoverføring/opplæring er ivaretatt ihht. Lov om spesialisttjenesten § 6-3. Dette gjelder råd, veiledning og opplysninger som er nødvendig for at kommunehelsetjenesten skal kunne oppfylle sine plikter, kfr. KHT § 1-3.

Gjelder for ansatte som har ansvar for behandling, pleie og omsorg av palliative pasienter i SØ.

Generelt

Ved utskrivning av døende pasienter

- Nødvendige hjelpemidler må kunne skaffes som øyeblikkelig hjelp
- PAL/PAS vurderer om det er medisinsk palliativt behov for at pleiepersonell fra SØ følger pasienten hjem/sykehjem for å sikre god kvalitet, ansvarsavklaring og trygghet for pasient og pårørende.

Fremgangsmåte**A: Hvis utskrives fra palliativ team/SLB**

- Fylle ut meldeskjema 1- 4 m/sjekkliste v/utreise for somatisk pasienter med behov for kommunale tjenester. Følg rutiner for [Utskriving av somatiske pasienter fra Sykehuset Østfold \(SØ\) til kommunene i Østfold- samhandling \(F/26.1.0-08\)](#)
- Fylle ut ESAS-skjema
- Fylle ut eller begynne på Individuell Plan
- Følge prosedyre Z 51.50
- Fylle ut registreringsskjema Z 51.50
- Vurdere behov for hjelpemidler, tolkehjelp osv (eget skjema i DIPS)
- Vurdere behov for utlån av behandlingshjelpemidler (eget skjema i DIPS)
- Vurdere behov for andre palliative prosedyrer
- Følg retningslinjer for [epikrise](#).

B: Hvis utskrives fra moderpost

- Fylle ut meldeskjema 1- 4 m/sjekkliste v/utreise for somatisk pasienter med behov for kommunale tjenester. Følg rutiner for [Utskriving av somatiske pasienter fra Sykehuset Østfold \(SØ\) til kommunene i Østfold- samhandling \(F/26.1.0-08\)](#)
- Vurdere behov for hjelpemidler, tolkehjelp osv (eget skjema i DIPS)
- Vurdere behov for utlån av behandlingshjelpemidler (eget skjema i DIPS)
- Vurdere behov for andre palliative prosedyrer
- Hvis behov, avtale tid for opplæring i tekniske prosedyrer med Senter for Lindrende Behandling SØ
- Avklare ansvar for videre oppfølging etter uskrivelse som f.eks fastlege, kommunehelsetjeneste, moderpost, SLB. Vurder evt. behov for individuell plan.
- Følg retningslinjer for [epikrise](#).

Referanser

- [F/15-27](#) Epikrise. Sykehuset Østfold
[F/17-30](#) Plan for kreftomsorg i Sykehuset Østfold HF 2005-2008

•

Vedlegg

- [V01](#) Palliativ behandling - bruk av diagnosekode Z51.50. Sykehuset Østfold (F/6.1-36)
[V02](#) ESAS skjema- Hvordan har du det i dag? Sykehuset Østfold. (F/17-35)
[V03](#) Innleggelse og stell av sentrale venekateter (SVK). Sykehuset Østfold (F/22-23)
[V04](#) Innleggelse og stell av veneport (VAP). Sykehuset Østfold (F/22-24)
[V05](#) Utskriving av somatiske pasienter fra Sykehuset Østfold (SØ) til kommunene i Østfold-samhandling (F/26.1.0-08)
[V06](#) Palliativ smertebehandling ved hjelp av epiduralkateter (DM250-01)
[V08](#) Palliativ smertebehandling med subcutan infusjon til pasienter med kort forventet levetid. Smerteseksjonen - Avd for anesthesiologi og operasjon (DK77/17.0-03)
[V09](#) Palliativ smertebehandling med EDA til pasienter med kort forventet levetid. Smerteseksjon, Avdeling for anesthesiologi og operasjon. (DK77/17.0-04)
[V10](#) Palliativ smertebehandling med spinalkateter til pasienter med kort forventet levetid - Smerteseksjon, Avd 2, Divisjon for akuttmedisin (DK77/17.0-05)
[V11](#) Individuell plan - Senter for lindrende behandling (SLB) (DM22.2/16-01)

Slutt på prosedyren

Uoffisiell utskrift er kun gyldig på utskriftsdato 25.05.2009

2

Administrative rutiner

Dokumentnr:
F/6-98

Gjelder fra:
□

Utgave:
0.00

Utskriving av palliativ pasient fra SØ til kommunehelsetjenesten i Østfold

Side av 2

Individuell plan

Ta med individuell plan når du skal til lege / sykehuset. Gi beskjed til lege / sykepleier om at du har individuell plan.



kvalitet - trygghet – respekt



Informasjon til pasienter, pårørende og helsepersonell om individuell plan

Formålet med individuell plan er å

1. sikre best mulig oversikt over pasientens behov og ønsker
2. sikre at viktige opplysninger er tilgjengelige slik at helsepersonell skal kunne hjelpe deg på best mulig måte

Individuell plan består av oversikt over behandlere, hvilke behov pasient / pårørende har og tiltak som er iverksatt. I tillegg kan planen inneholde oppdatert medikamentliste, ESAS (symptomregistrering) og sjekklister for kartlegging. Disse brukes ved behov.

I tillegg legges annen informasjon / inn i planen etter behov og pasientens ønske. Bruk plastlommer for å holde orden. Aktuelle vedlegg er resepter, prøvesvar, timeavtaler, bruksanvisninger, spesielle prosedyrer og så videre.

Koordinator og pasient / pårørende har ansvar for å rydde i planen slik at den er oversiktlig og oppdatert. For at individuell plan skal bli et nyttig redskap, er det *viktig at du har med deg planen* når du er i kontakt med helsepersonell. Gi beskjed om at du har individuell plan.

Samtykkeerklæring

Samtykke: Jeg er kjent med hva en individuell plan er, og samtykker med dette at planen blir utarbeidet.

Taushetsplikt: Opplysninger som offentlige ansatte får om meg gjennom individuell plan kan bare gis videre med samtykke fra meg eller den jeg utnevner som nærmeste pårørende/verge dersom ikke annet er bestemt. Jeg og mine nærmeste pårørende kan til enhver tid trekke dette samtykket tilbake.

Dato: _____ **Signatur:** _____

Planen tilhører:
Individuell plan iverksatt dato:

Navn	Tlf.	Privat	Arbeid
	Mobil		
Adresse	E-post		

Kontaktoversikt pårørende			
Navn (1)		Adr.	
Slektskap/tilknytning	Tlf. privat	Mobil	Arbeid
E-post			
Navn (2)		Adr.	
Slektskap/tilknytning	Tlf. privat	Mobil	Arbeid
E-post			

Koordinator		Koordinator/ansvarlig sykepleier har ansvar for at innholdet i planen er oppdatert/ryddet	
Navn		Adr.	
Tlf arbeid	Mobil	E-post	

Kontaktoversikt tjenestenettverk		Kommune/helsetjenesten	
Fastlege	Navn Legesenter E-post	Tlf. Vakttlf.	
Kan fastlege kontaktes utenom kontortid? <input type="checkbox"/> Ja, inntil kl <input type="checkbox"/> Ja, hele døgnet <input type="checkbox"/> Nei			
Hjemmesykepleie – kontor	Sone Adresse E-post	Tlf. Vakttlf.	
Kontaktsykepleier	Navn Adresse E-post	Tlf.	
Saksbehandler – hjemmetjenester	Navn Adresse E-post	Tlf.	
Andre kontakter	Navn Adresse E-post	Tlf.	
Kontaktoversikt spesialisthelsetjenesten			



Navn	Tlf.
1) Sykehus med primæransvar, avdeling	
Pasientansvarlig lege	
Pasientansvarlig spl	
Palliativt team	
Andre	
2) Annet ansvarlig sykehus, avdeling	
Pasientansvarlig lege	
Pasientansvarlig spl	
Palliativt team	
Andre	

Åpen retur (eget informasjonsskriv legges i planen)			
Avtalt med, navn	Sykehus, avd.	Post	Dato

Hva er viktig for meg nå?	Her kan du skrive dine ønsker og behov. Stikkord kan være: Fysiske og psykiske forhold, forhold til familie og venner, økonomi, livssyn ol.		
	Bruk eventuelt baksiden av arket		
Dato	Tiltak knyttet til dine behov	Ansvarlig tjenesteyter/koordinator	Avsluttet dato



--	--	--	--

Dato	Tiltak knyttet til pårørendes behov	Ansvarlig tjenesteyter/koordinator	Avsluttet dato

Dato	Annet
I situasjoner der assistanse/hjelp må tilkalles, kan jeg kontakte: Denne listen utarbeides av pasient, hjemmesykepleie og fastlege, evt. i nettverksmøte	
	Tlf.



1		
2		
3		
4		

Viktige telefonnummer	Tlf.
Vakttlf. hjemmesykepleien	
Akutt nødtlf.	
Ambulanse	
Taxi	
Andre:	

**Sjekkliste for kartlegging.****Er det behov for å kontakte andre fagpersoner?**

Kartlegging strekker seg over tid. Denne sjekklisten er ment som en påminnelse over områder det ofte er nødvendig å arbeide tverrfaglig. Pasientansvarlig lege og sykepleier må samordne tiltak og det må framkomme av individuell plan hvilke personer / etater som er involvert.

Henvisninger / tiltak noteres på oversikt over tiltak og videre oppfølging – se side 3

Behov	Aktuelle fagpersoner	Behov: Ja / nei - dato vurdert:	
Fysiske behov ESAS / smertekartlegging hjelp til personlig hygiene hjelp til prosedyrer / medisiner praktisk bistand i huset bevegelseshvanskler / hjelpemidler	Lege / fastlege Sykepleier / hjemmesykepleie Hjemmetjenesten / hjemmehjelp Fysioterapeut / ergoterapeut		
Psykiske behov angst, depresjon bekymringer	Fastlege Samtalepartner Psykolog		
Aktuelle brosjyrer: "Til deg som er pårørende" og "Å dele en krise" (Kreftforeningen)			
Åndelige / eksistensielle behov religiøse behov behov for samtale om eksistensielle spørsmål	Prest Sjelesørger Samtalepartner		
Sosiale behov barn / unge – alder? er barna informert? behov for avlastning / hjelp til omsorg for egne barn?	Fastlege Helsesøster Personell i skole og barnehage Husmorvikar		
Aktuelle brosjyrer: "Mor eller far har kreft", "Veien ingen skal gå alene – når barn og unge blir pårørende" og "Når foreldre dør", "Min far er på video -når noen i familien er syk av kreft" (Kreftforeningen) "Hvem får ansvar for barnet mitt hvis jeg dør?" (Barne- og familiedepartementet)			
Økonomiske behov forsørgeransvar? økonomiske bekymringer? jobb / sykemelding / trygd kjennskap til trygderettigheter pleiepenge? omsorgslønn	Fastlege Trygdekontor Sosionom		
Aktuell brosjyre: "Rettigheter for pasienter og pårørende"			
pårørendegrupper for barn og unge kurs for pasienter og pårørende økonomisk støtte frivillige	Kreftforeningen Kreftforeningen lokalt Montebello Røde kors / andre		